臨 床 研 修 願 書

国家公務員共済組合連合会
横 浜 南 共 済 病 院

ふりがな		性別	
氏　名			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　（満　　才）		
ふりがな		Ｔ Ｅ Ｌ	
住　所	（〒　　－　　）	市外局番（　　） －	
緊急時連絡先	氏　　名	あなたとの関係	Ｔ Ｅ Ｌ
			市外局番（　　） －

応　募 の 動　機	
地域枠	該当するいずれかにチェックしてください。 □ いわゆる「地域枠」の学生ではありません。 □ いわゆる「地域枠」の学生ですが、臨床研修医として横浜南共済病院のプログラムに参加することにつき、都道府県等から課されている従事要件に反していないことを 確認しました。
希望住居	1．宿舎入居希望　　2．自宅より通勤　　3．自分で宿舎を探す

この申込書の記載事項に相違はありません。

令和　　年　　月　　日

氏名　　印

※ **希望受験日**（希望する日の数字 1．2．3．に○印を付けてください。）

特定の日にご希望が集中した場合、受験日の変更をお願いする可能性があります。

1．令和8年7月25日（土）　2．令和8年8月22日（土）　3．令和8年8月29日（土）

備考: